ITEM 295 : PRISE EN CHARGE D'UN MALADE ATTEINT D'UN CANCER

PARCOURS THÉRAPEUTIQUE

Évolution récente en cancérologie :
- **Guérisons plus fréquentes, survies prolongées** : maladies chronicisées, prise en charge de **l'après-cancer** à mettre en place (prise en charge globale : médicale, psychosociale).
- **Incurabilité des maladies métastatiques** : mise en place des **soins de support**, **pluridisciplinarité.**
- **Mise en place d'un Plan Cancer (INCa) :** dimension sociétale particulière du cancer par rapport à d'autres pathologies.

Le parcours de soins d'un patient atteint d'un cancer est codifié (cadre réglementaire).
➞ Tout nouveau patient diagnostiqué en cancérologie doit bénéficier d'une **Réunion de concertation pluridisciplinaire** (RCP) et d'un **Programme personnalisé des soins (PPS)** établit en tenant compte des souhaits du patient.

RCP	= **Réunion de Concertation Pluridisciplinaire** : pour tout nouveau patient atteint de cancer, avant la mise en route du traitement, en établissement de santé. - **Fiche standardisée** de données médicales remplie par le médecin qui inscrit le patient. - **Pluridisciplinarité** = présence d'au moins **3 spécialistes** différents, adaptés selon le type de la RCP : spécialiste d'organe, oncologue médical, chirurgien, radiothérapeute, radiologue, anatomopathologiste, pharmacien hospitalier. ➞ La présence du médecin traitant est sollicitée, mais non obligatoire. ➞ Le patient peut être présent dans certains cas. - **Avis de la RCP** : proposition thérapeutique, noms et qualifications des participants, proposition d'inclusion dans un essai thérapeutique ou non ➞ inclut dans le dossier du patient. ➞ En cas de situation clinique faisant l'objet d'une prise en charge standard de validité incontestable, le traitement peut être débuté avant la RCP, mais le dossier devra être présenté ultérieurement.	
CONSULTATION D' ANNONCE	**- L'annonce d'un cancer (ou d'une rechute) est un traumatisme pour le patient**. - Une **information adaptée, personnalisée, progressive et respectueuse** doit être délivrée. Mieux cette annonce est vécue, meilleure sera l'adhésion du patient au projet thérapeutique. **- Dispositif d'annonce,** légalement codifié = 1re étape de la prise en charge globale : **obligatoire** selon la loi du 4 mars 2002. - 4 temps : temps médical (annonce), temps d'accompagnement paramédical, temps dédié aux soins du support et temps d'articulation avec la médecine de ville. **→ Dispositif d'annonce s'applique aussi aux rechutes de cancer.**	
	Temps médical	= Annonce par le **médecin thésé référent** qui a fait le diagnostic et s'occupe de la prise en charge. - Au cours d'une **consultation personnalisée** ± accompagné par la **personne de confiance.** - Dans un **environnement adapté** : intimité, confidentialité, sans être interrompu. - Doit être **précoce** après obtention du diagnostic de certitude histologique. - **Information orale et écrite**, **claire**, **loyale** et **appropriée** au niveau de compréhension du patient, délivré au cours d'une consultation prolongée, **avec tact et empathie.** - Évolution de la maladie sans et avec traitement, retentissement socio-professionnel, prognostic. - Projet thérapeutique : **RCP, PPS.** - À la fin de l'entretien : s'assurer de la bonne compréhension du diagnostic et prévoir la suite. ➞ Information **consignée dans le dossier médical** (traçabilité de l'entretien).
	Temps d'accompagnement soignant	Rencontre avec l'**infirmière d'annonce** : - Reprendre et compléter les informations médicales. - Repérer les besoins spécifiques du patient (notamment psychosociaux). - Information sur la possibilité de consultation avec un psychologue. - Orientation vers les associations de malade. - Mise en place de programmes d'éducation thérapeutique.
	Temps dédié aux soins de support	= Permettre l'accès aux différents acteurs de l'équipe pluridisciplinaire et aux mesures de soutien : **soutien social, soutien psychologique, équipe douleur, prise en charge nutritionnelle, associations de patients, évaluation de la précarité**…
	Temps d'articulation avec la médecine de ville	- **Compte-rendu** adressé par le médecin référent au médecin traitant. - Médecin traitant : responsable de la demande **d'exonération du ticket modérateur** (**PEC 100 % au titre d'ALD n°30**) et de l'intégration du patient dans un **réseau de soin.**

PPS	**= Programme Personnalisé de Soins :** formalise la proposition de prise en charge thérapeutique, adopté avec le patient après la RCP (qui reste libre de ses décisions). ➔ Si le traitement diffère de la proposition de la RCP, les raisons seront inscrites dans le dossier. - **Volet soins** = **calendrier prévisionnel de soins et de suivi** : durée prévisible d'hospitalisation, dates et lieux des différentes phases de traitement… - **Volet social** : **bilan social, consultation sociale de mi-parcours.** - **Contacts utiles.**	
SITUATIONS CLINIQUES	**Curative**	**Cancers localisés** : chirurgie +/- radiothérapie +/- traitement médical adjuvant.
	Intermédiaire	**Maladies métastatiques avec possibilité de survie prolongée (métastases peu nombreuses et accessibles)** : traitements médicaux +/- ablatifs (chirurgie, radiothérapie, radiologie interventionnelle).
	Palliative	**Maladies avancées :** traitements symptomatiques +/- traitements médicaux spécifiques.
PPAC	**= Programme Personnalisé de l'Après-Cancer** : illustre les difficultés et enjeux d'une prise en charge multidisciplinaire. Document remis au patient et adressé au **médecin traitant**. Comporte : - **Un volet de surveillance médicale** : informations médicales sur traitements reçus, iatrogénie, traitements à poursuivre, **modalités de surveillance**. - **Un volet qualité de vie et accès aux soins de support** : soutien psychologique, socio-esthétique, nutrition, etc. - **Un volet accompagnement social** : maintien dans l'emploi, ouverture de droits (RQTH, maladies professionnelles). - **Une liste des contacts utiles** : professionnels de santé concernés, réseaux, associations.	

MESURES ASSOCIÉES

- Prise en charge multidisciplinaire, après certitude diagnostique (preuve histologique), après discussion en RCP et après inclusion dans un protocole de recherche si possible.

VOIE D' ABORD	= Cathéter veineux central avec chambre implantable = **port-à-cathéter** : généralement **sous-clavier** ➔ prévention de la toxicité périphérique des chimiothérapies systémiques. - Au bloc opératoire, sous AL, en asepsie stricte, sous contrôle échographique. - **RP de contrôle** systématique : malposition du cathéter veineux, pneumothorax iatrogène. - Complication : • **Infection** avec bactériémie. • **Thrombose** de catheter. • **Ponction d'un organe de voisinage** lors de la pose (artère carotide, poumon).	
PEC PSYCHO-SOCIALE	PEC sociale	- Formulaire de **déclaration d'ALD 30** rempli par le médecin traitant. - **Assistance sociale** : réinsertion socio-professionnelle. - **Arrêt de travail** possible pour **longue maladie** avec indemnités en nature (tiers-payant) et en espèces (indemnités journalières). - **Reconnaissance en maladie professionnelle** si besoin.
	PEC psycho	- Évaluation par un psychologue ou un psychiatre : recherche d'un syndrome dépressif, de troubles du sommeil, de troubles anxieux. - Mesures non médicamenteuses : **psychothérapie de soutien, relaxation, associations de malade**… - TTT médicamenteux si besoin : **anxiolytique, antidépresseur, hypnotique.**
CONTEXTE DE MALADIE PROFESSIONNELLE	Déclaration	- **Victime** : envoi du dossier à la CPAM dans un délai de **15 jours** (maximum **2 ans**), avec **certificat médical initial**, **déclaration de maladie professionnelle** en 5 exemplaires et **attestation de salaire** remplie par l'employeur. - **Médecin** : certificat médical en 4 exemplaires mentionnant la nature de la maladie, les signes cliniques et paracliniques et les suites probables. - **CPAM** : remet la **feuille d'accident du travail/maladie professionnelle** (pour la gratuité des soins), avec un délai de 3 mois pour statuer, et si besoin l'avis du **CRRMP** (Comité Régional de Reconnaissance des Maladies Professionnelles) si maladie ne remplissant pas les critères du tableau des maladies professionnelles.
	Indemnisation	- En nature : **PEC 100 % sans avance de frais.** - En espèces : **indemnité journalière** pendant l'ITT (60 % de J1 à J28, 80 % après J29). - Si séquelles définitives : **capital** si IPP < 10 %, **rente** si IPP > 10 %.
	Protection	- **Licenciement interdit pendant l'arrêt.** - En cas de séquelle/inaptitude : aménagement de poste, reclassement professionnel. - Si licenciement inévitable : indemnités majorées.

SURVEILLANCE	= Surveillance pluridisciplinaire, personnalisée, adaptée au stade et à la prise en charge thérapeutique. - **Prise en charge curative** : surveillance rapprochée pendant **5 ans (ou plus)**, puis régulière (annuelle, parfois à vie). - **Prise en charge palliative :** surveillance plus rapprochée (tous les **3 mois** ou selon évolutivité). - Objectifs : • **Efficacité** : dépistage précoce d'une récidive loco-régionale ou à distance ou d'un 2e cancer (prévention tertiaire). • **Tolérance** : complications, qualité de vie, réinsertion professionnelle. • **Observance** : éducation du patient, mesures préventives (sevrage tabagique, alcoolique…)	
	C	= Souvent tous les 3 mois pendant 2 ans, puis tous les 6 mois pendant 3 ans. - Interrogatoire (retentissement, signes fonctionnels), examen local, ganglionnaire et general.
	PC	- **Biologie** : marqueur tumoral, NFS, plaquettes ± autres selon le contexte. - **Imagerie** : systématique ou sur signe d'appel. - **PET-scanner corps entier** : utile si réascension de marqueur tumoral avec bilan d'extension négatif.

SOINS DE SUPPORT

GÉNÉRALITÉS	= Ensemble des soins et soutiens nécessaires aux personnes malades tout au long de la maladie, conjointement aux traitements onco-hématologiques spécifiques (INCa). ➙ **Place majeure et croissante des soins de support** : leur mise en place précoce chez les patients non curables **augmente la qualité de vie et la survie**. - Font partie intégrante de la prise en charge globale des patients atteints de cancer. - Centre la prise en charge sur celle des symptômes : importance donnée à la **qualité de vie des malades,** projet thérapeutique adapté en fonction du rapport bénéfice/risque propre à chaque situation (palliative vs curative).	
DOULEUR	➙ Recherche et évaluation systématique de toute douleur. - Traitement étiologique : **chimiothérapie anti-cancéreuse.** - **Antalgique** de palier adapté (1 à 3) : privilégier la voie orale ou SC, prise régulière à heure fixe (en prévention). - Co-antalgiques : **AINS**, **corticoïdes, bisphosphonates et dénosumab.** - Mesures non médicamenteuses : **kinésithérapie, radiothérapie antalgique, radiologie interventionnelle (cimentoplastie, radiofréquence, embolisation), médecines alternatives**… - **Médecin algologue** : douleurs complexes avec composante neuropathique.	
DÉNUTRITION	- Identifier les mécanismes : carence d'apport, hypercatabolisme, malabsorption. - Évaluer l'état nutritionnel : **IMC, performans status** ou **indice de Karnofsky**, **perte de poids en %, enquête alimentaire**, **mesure anthropométrique** (pli cutané, circonférence brachiale) et biologique (**albumine, pré-albumine**). - PEC multidisciplinaire : **diététicienne, médecin traitant, cancérologue.** - **Renutrition progressive**, en privilégiant la voie orale avec régime hypercalorique, hyperprotidique, compléments oraux. - En cas d'échec ou de dénutrition sévère : **nutrition entérale**, voire **parentérale.**	
MT SYMPTOMATIQUE	**Métastase osseuse**	- **Antalgique** de palier adapté (1, 2 ou 3) : rapidement de palier 3 si besoin. - Traitement local : **radiothérapie flash, cimentoplastie** (tassement vertébral ou du cotyle). - **Bisphosphonate IV** 1 fois/mois : antalgique et prévention des fractures. - Lésion rachidienne : **immobilisation par corset**, **avis chirurgical** pour **ostéosynthèse** si lésion à risque.
	Métastase cérébrale	- **Radiothérapie** des métastases symptomatiques. - **Corticothérapie** si œdème cérébral et HTIC, **mannitol.** - **Antiépileptique** si crise épileptique.
	Autres	= **Hépatique, pulmonaire**… : plus rarement symptomatique. - Traitement spécifique si besoin : **radiofréquence, pose de prothèse**…
NAUSÉES/VOMISSEMENTS	= Souvent 2ndr à la chimiothérapie : **anticipé** (stress), **aigu** ou **retardé**. - Anthracyclines, cisplatine++.	
	Aigus	- **Corticothérapie** : **1 mg/kg/j** par voie IV ou orale. - **Sétron** = **ondansétron** (Zophren®) = **antagoniste sérotoninergique 5HT3 : 8 mg/j.** - **Aprépitant** (Emend®) = **anti-neurokinine 1 (NK1)** : **125 mg à J1.** ➙ Sétron et aprépitant : à prescrire sur **ordonnance de médicament d'exception.**
	Retardés > 24 h	- **Corticothérapie :** 1 mg/kg/j jusqu'à **J4.** - **Aprépitant** (Emend®) : **80 mg** à **J2** et **J3.** **± Métoclopramide** (Primpéran®) **= antidopaminergique :** à la demande.
	Anticipés	- **Anxiolytique** type **alprazolam** (Xanax®).

	Prévention selon le risque	- **Risque élevé : anti-NK1 + anti-5HT3 + corticoïdes.** - **Risque modéré : anti-5HT3 + corticoïdes.** - **Risque faible : anti-dopaminergique ou anti-5HT3.**
AUTRES	**Anémie**	- Correction des **carences martiales (fer IV)** et **vitaminiques** en **folate** et **vitamine B12.** - **EPO** si anémie arégénérative < 10 g/dl (uniquement en contexte non curatif, sous chimiothérapie). - **Support transfusionnel** si besoin.
	Neutropénie	- G-CSF : • Prophylaxie primaire : risque de neutropénie sévère > 20 % ; ou 10-20 % si contexte clinique à risque. • Prophylaxie secondaire : neutropénie < 0.5 G/L ou neutropénie fébrile au cycle precedent.
	Dyspnée et encombrement bronchique	- Rassurer le patient. - **Oxygénothérapie** + **corticoïdes.** - Encombrement bronchique : • **Limiter les apports hydriques.** • Inhibition des sécrétions par **scopolamine.**
	Asthénie	= Symptômes fréquent, souvent multifactoriel : **syndrome dépressif, anémie, insuffisance surrénalienne** (MT surrénalienne, arrêt de corticothérapie prolongée), **diabète cortico-induit, hypothyroïdie iatrogène** (radiothérapie…) ou **directement liée au cancer.**
	Toxicités cutanéo-muqueuses	- **Alopécie :** prévention par casque réfrigérant ; prescription de prothèse capillaire. - **Mucite :** prévention par hygiène bucco-dentaire rigoureuse, bains de bouche au bicarbonate de sodium ± antifongiques. - EGFR : rash cutané, éruption acnéiforme, irritation palmo-plantaire, xérose cutanée.
	Oncofertilité	- **Préservation de la fertilité** proposée avant tout traitement (enfant, adulte jeune, patients sans enfant).
	Médecins complémentaires alternatives (MCA)	= « Approches, pratiques, produits de santé médicaux, qui ne sont pas habituellement considérés comme faisant partie de la médecine conventionnelle. » - Vigilance par rapport à l'automédication de produits de phytothérapie (risque d'interaction pharmacologique) et avec le « jeûne thérapeutique » (risque de majoration de la dénutrition).